

réserve administration

TROISIEME

Redoublement

IDENTITE DE L'ELEVE

Nom : **Statut demandé :** Externe DP 4 repas Interne (L-Ma-J-V)
Prénom(s) :
Date de naissance : / /
Lieu de naissance : n° dépt : **Nationalité :**

RENSEIGNEMENTS FAMILIAUX

Situation du (des) parent(s) : marié(e) vie maritale pacsé(e) veuf(ve) divorcé(e) séparé(e) célibataire

Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté : Nom Prénom Adresse CP Ville Tél. fixe Portable Email personnel <u>Travail :</u> Profession : Employeur et lieu de travail : Tél. travail	Civilité : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme lien de parenté : Nom Prénom Adresse CP Ville Tél. fixe Portable Email personnel <u>Travail :</u> Profession : Employeur et lieu de travail : Tél. travail
--	--

ADRESSE DE RESIDENCE DE L'ELEVE

Au domicile **des 2 parents** Au domicile **du père** Au domicile **de la mère** En **résidence alternée**

Si autre domicile, précisez :
 Nom
 Adresse
 Code Postal | | | | | | | | Ville
 Tél domicile | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OPTIONS DEMANDEES EN CLASSE DE TROISIEME

3^{ème} de Collège **OU** 3^{ème} dispositif par alternance
Langue vivante 2 obligatoire : Allemand Espagnol avec 2^{ème} langue vivante Espagnol
Options facultatives : Latin et Eurolangues Latin
 Breton et Eurolangues Breton
 Eurolangues (admission selon les résultats aux tests d'évaluation en début d'année)
 Aucune option Toute option choisie en 5^{ème} sera suivie jusqu'en classe de 3^{ème}.

PARCOURS DE L'ELEVE - ETABLISSEMENTS SCOLAIRES FREQUENTES

Année scolaire	Etablissement fréquenté	Ville	Classe	Raison du changement
2018-2019				
2019-2020				

NOM : Prénom : Niveau :

Pour améliorer l'accueil de votre enfant, vous pouvez nous communiquer certaines informations :

- Votre enfant bénéficie déjà d'un :
- PAP (Projet d'Accompagnement Personnalisé)
 - PAI (Projet d'Accueil Individualisé)
 - PPS (Projet Personnalisé de Scolarisation)
 - PPRE (Projet Personnalisé de Réussite Educative)

- Est-il suivi par un ?
- Orthophoniste
 - Ergothérapeute
 - Psychologue
 - Autre

Indiquez les coordonnées du professionnel de santé (nom, adresse, téléphone, courrier électronique) :

.....
.....

Autorisez-vous l'établissement à prendre contact avec ce professionnel ? OUI NON

Y-a-t-il des éléments médicaux que vous souhaitez nous préciser ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bénéficie-t-il d'une notification de la MDPH pour un AVS (Assistant de Vie Scolaire) ? OUI NON

Si oui, pour combien d'heures ? (fournir l'attestation)

.....
.....
.....

Autre(s) information(s) à signaler :

.....
.....
.....
.....
.....